**PROSZĘ UZUPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI,** wszystkie pozycje wniosku powinny być wypełnione!

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Miejsce pracy**  |  | Nr ewidencyjny*(wypełnia MKZP)* |  |
| **Nazwisko** |  | **Imię** |  |
| **Miejscowość zamieszkania** |  | **Ulica i nr domu** |  |
| **Numer telefonu** |  | **e-mail**  |  |
| **numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwa państwa, które go wydało** |  |  |

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO MKZP**

**Do Zarządu**

**Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przy Urzędzie Miasta i Gminy w Gryfinie**

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przy Urzędzie Miasta i Gminy w Gryfinie (zwaną dalej MKZP).

Jednocześnie oświadczam, że :

1. Będę ściśle przestrzegać przepisów obowiązującego Statutu, który jest mi znany, uchwał Walnego Zebrania oraz postanowień władz MKZP.

2. Opłacę wpisowe określone Statutem.

3. Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości ............................ zł brutto.

4. Zgadzam się na potrącanie przez Zakład Pracy z mojego wynagrodzenia zadeklarowanych wkładów członkowskich oraz spłat udzielanych mi pożyczek i upoważniam Zarząd MKZP do bezpośredniego podejmowania tych należności w moim Zakładzie Pracy, tj. przekazywania ich na rachunek bankowy MKZP. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkowstwa.

5. Przyjmuję do wiadomości, że wycofanie przeze mnie zgody na potrącenie mi wkładów i spłaty pożyczek spowoduje skreślenie mnie z listy członków MKZP.

6. Zobowiązuję się zawiadomić Zarząd MKZP o każdej zmianie miejsca zatrudnienia, miejsca zamieszkania oraz danych kontaktowych.

7. W razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia należy wypłacić:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwisko** |  | **Imię** |  |
| **Miejscowość zamieszkania** |  | **Ulica i nr domu** |  |
| **numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwa państwa, które go wydało** |  |  |

|  |
| --- |
| **Klauzula informacyjna dla członków****Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej****przy Urzędzie Miasta i Gminy w Gryfinie**Zgodnie z art.13 ust.1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych) –zwanego dalej RODO, informujemy, że:1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Międzyzakładowa Kasa Zapomogowo-Pożyczkowa przy Urzędzie Miasta i Gminy w Gryfinie,** dalej zwana MKZP, reprezentowana przez Zarząd z siedzibą w Gryfinie (74-100) przy ul. 1 Maja 16.
2. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celach:
3. przyjęcia w poczet członków MKZP na podstawie ustawy zgodnie z art. 43. Ustawy z 11 sierpnia 2021 r. o kasach zapomogowo-pożyczkowych (Ustawa o KZP) (zgodnie z art.6 ust.1 lit. c RODO);
4. udzielenia pożyczki z MKZP na podstawie wniosku (zgodnie z art. 6 ust.1 lit. b RODO)
5. przyznania zapomogi z MKZP na podstawie Pani/Pana ustawy z art. 43. Ustawy z 11 sierpnia 2021 r. o kasach zapomogowo-pożyczkowych (Ustawa o KZP); (zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. 9 ust.2 lit. c RODO).
6. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, bez ich podania nie będzie możliwe uzyskanie członkostwa w MKZP, a tym samym uzyskanie pożyczki lub zapomogi z MKZP.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres członkostwa w MKZP, a w przypadku udzielenia pożyczki do czasu całkowitego rozliczenia się z MKZP. Po tym czasie Pani/Pana dane będą przetwarzane przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w tym przepisy archiwalne.
8. Pani/Pana dane będą przetwarzane jedynie przez Zarząd MKZP oraz Komisję Rewizyjną, a w wypadku pracowników jednostek wymienionych w załączniku Statutu MKZP również przez właściwego pracodawcę oraz będą udostępniane organom i osobom uprawnionym na mocy przepisów powszechnie obowiązującego prawa.
9. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora:
10. **dostępu do danych** osobowych Pani/Pana dotyczących;
11. **sprostowania danych** Pani/Pana dotyczących (sprostowanie należy rozumieć jako poprawienie nieprawidłowych danych, uzupełnienie niekompletnych danych, przedstawienie dodatkowych informacji, przy czym uzupełnienie danych nie może obejmować danych, które byłyby nadmierne. Przedmiotem uzupełnienia nie mogą być dane, które są nieprawidłowe);
12. **usunięcia danych** Pani/Pana dotyczących (jeżeli zachodzi jedna z okoliczności, o których mowa w art. 17 ust.1 lit. a, b, d i e RODO);
13. **ograniczenia przetwarzania danych** Pani/Pana dotyczących (w przypadkach określonych w art. 18 ust. 1 lit. a, b, i c RODO).
14. Z praw wskazanych w punkcie 7 może Pani/Pan skorzystać składając wniosek osobiście lub przesyłając na adres: Międzyzakładowa Kasa Zapomogowo- Pożyczkowa przy Urzędzie Miasta i Gminy w Gryfinie, z siedzibą w Gryfinie (74-100), przy ul. 1 Maja 16.
15. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO.
16. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany ani nie będą profilowane.
17. Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
 |

Załącznik 1

**Katalog danych osobowych i okresy ich przechowywania przez MKZP przy UMiG w Gryfinie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj danych osobowych** | **Okres przechowywania** |
| **Dane członka MKZP:**imię (imiona) i nazwisko; numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; adres do korespondencji oraz numer telefonu lub adres poczty elektronicznej; w przypadku udzielenia pożyczek przy udziale poręczycieli – dane o otrzymywanym wynagrodzeniu lub zasiłku; dane o stanie zdrowia; stan cywilny oraz ustrój majątkowy. | Od dnia udzielenia zgody na przetwarzanie danych do upływu **10 lat od dnia ustania członkostwa** |
| **Dane osoby uprawnionej:** imię (imiona) i nazwisko; nr PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwę państwa, które go wydało; adres do korespondencji oraz numer telefonu lub adres poczty elektronicznej. | Od dnia udzielenia zgody na przetwarzanie danych do upływu **5 lat od dnia wypłaty wkładu członkowskiego** |
| **Dane poręczyciela:** imię (imiona) i nazwisko; nr PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; adres do korespondencji oraz numer telefonu lub adres poczty elektronicznej; stan cywilny oraz ustrój majątkowy | Od dnia udzielenia zgody na przetwarzanie danych do upływu **5 lat od dnia spłaty poręczanej pożyczki** |

................................................ ,dnia ........................ 20 ........ r. ........................................................

(miejscowość) **(własnoręczny podpis wnioskodawcy)**

................................................ ,dnia ........................ 20 ........ r. ........................................................

(miejscowość) **(własnoręczny podpis osoby uprawnionej)**

**Uchwałą Zarządu MKZP z dnia …………………………………..r. przyjęto w poczet członków MKZP z dniem ………………………………………………….r.**

………………………………………………………………………………………………………………………………

podpisy członków Zarządu MKZP

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa Pracodawcy** |  | **Adres Pracodawcy** |  |
| **Nazwisko** |  | **Imię** |  |
| **Miejscowość zamieszkania** |  | **Ulica i nr domu** |  |
| **Numer telefonu** |  | **e-mail**  |  |
| **numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwa państwa, które go wydało** |  |

**ZGODA PRACOWNIKA NA DOKONYWANIE POTRĄCEŃ PRZEZ PRACODAWCĘ Z TYTUŁU WKŁADÓW CZŁONKOWSKICH NA RZECZ MKZP przy UMiG w GRYFINIE**

*(prosimy o wydrukowanie zgody na odrębnej stronie)*

Niniejszym wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie, z mojego wynagrodzenia za pracę, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszelkich innych świadczeń przysługujących od pracodawcy, należności z tytułu zadeklarowanych wkładów członkowskich w wysokości ……………………………… zł, (słownie złotych: ……………………………………………………………………………………………………….…..), począwszy od miesiąca ……………………….. 20…… roku, na rzecz Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przy Urzędzie Miasta i Gminy w Gryfinie, zwanej dalej MZKP.

Jednocześnie wyrażam zgodę na dokonywanie potrącenia:

* jednorazowego wpisowego w kwocie ……………………… zł \*oraz
* opłaty rocznej z przeznaczeniem na Fundusz Obsługi Kasy, do 31 stycznia każdego roku w kwocie ……………………………… zł\*

*\*Kwoty, o których mowa powyżej określone są w Statucie MKZP.*

Zgoda obowiązuje w okresie członkostwa w MKZP. W przypadku jakichkolwiek zmian, zobowiązuję się do niezwłocznego zaktualizowania niniejszej zgody.

……………………………………, dnia .................................. 20 ......... r. .........................................................................................

(miejscowość) (własnoręczny podpis Członka MKZP)